

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1939

THÈSE

N°

358

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

HAAS RICHARD COURT SIMON

né le 4 Juin 1910 à FORBACH (Moselle)

---

LA LANGUE LISSE

ET SA

VALEUR DIAGNOSTIQUE

---

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

---

1939

Imprimerie PAUL R. WEBER & FILS, MULHOUSE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1939

N°.....

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

HAAS RICHARD COURT SIMON

né le 4 Juin 1910 à FORBACH (Moselle)

---

### LA LANGUE LISSE

ET SA

### VALEUR DIAGNOSTIQUE

---

Président : M. GOUGEROT, Professeur.

---

1939

Imprimerie PAUL R. WEBER & FILS, MULHOUSE

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                   |                    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                    | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                 | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                           | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                             | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                               | Robert DEBRÉ.      |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                       | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                         | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                     | MONDOR.            |
| Anatomie pathologique .....                                       | LEROUX.            |
| Histologie .....                                                  | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                           | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                               | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                              | TANON.             |
| Médecine légale .....                                             | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                  | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                        | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                    | CHIRAY.            |
|                                                                   | LOEPER.            |
| Clinique médicale .....                                           | CARNOT.            |
|                                                                   | CLERC.             |
|                                                                   | Marcel LABBÉ.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                  | LEREBOULLE.        |
| Clinique des maladies des enfants .....                           | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....             | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                    | GUILLAIN.          |
| Clinique des maladies infectieuses .....                          | LEMIERRE.          |
|                                                                   | CUNEO.             |
| Clinique chirurgicale .....                                       | GOSSET.            |
|                                                                   | GRÉGOIRE.          |
|                                                                   | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                    | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                         | CHEVASSU.          |
|                                                                   | COUVELAIRE.        |
| Clinique d'accouchements .....                                    | JEANNIN.           |
|                                                                   | LÉVY-SOLAL.        |
| Clinique gynécologique .....                                      | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....               | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                             | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                           | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                         | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                      | M. VILLARET.       |
| Clinique de la Tuberculose .....                                  | TROISIER.          |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....              | MATHIEU.           |
| Clinique de cardiologie .....                                     | LAUBRY.            |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                 | Clovis VINCEN.     |
| Assistance Médico-sociale .....                                   | N...               |
|                                                                   | HAZARD.            |
|                                                                   | HOVELACQUE.        |
| Professeurs sans chaire .....                                     | MULON.             |
|                                                                   | OLIVIER.           |
|                                                                   | SANNIÉ.            |
|                                                                   | VERNE.             |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

MELINE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY ..... Pathologie médicale.  
 BERNARD Henri . Pathologie médicale.  
 BERNARD Et. . Pathologie médicale.  
 BESANÇON Just. Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEY ..... Urologie.  
 FUNCK ..... Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.  
 DE GAUDART  
 D'ALLAINES . Pathologie chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 DE GENNES ... Pathologie médicale.  
 GHIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.  
 LACOMME ..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.  
 LAROCHE Guy .. Pathologie médicale.  
 LAVIER ..... Parasitologie.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.  
 MÉNÉGAUX ... Pathologie chirurgicale.  
 MOLLARET ... Pathologie médicale.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PETIT-  
 DUTAILLIS ... Pathologie chirurgicale.  
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD ..... Ophthalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SÈNEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT Physiologie.  
 FUENIOT ..... Obstétrique.  
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.  
 LE LORIER .... Obstétrique.  
 NEVEU-  
 LEMAIRE .... Parasitologie.  
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.  
 VAUDESCAL ... Obstétrique.

#### IV. — AGREGES

##### CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.                          |                   |
|------------------------------|-------------------|
| ALAJOUANINE .                | Clinique médicale |
| AUBERTIN .....               |                   |
| BRULÉ .....                  |                   |
| CHABROL .....                |                   |
| DONZELOT .....               |                   |
| DUVOIR .....                 |                   |
| LIAN .....                   |                   |
| PASTEUR-VAL-<br>LERY-RADOT . |                   |
| SÉZARY .....                 |                   |

| MM.            |                       |
|----------------|-----------------------|
| BASSET .....   | Clinique chirurgicale |
| BROCQ .....    |                       |
| CADENAT .....  |                       |
| GATELLIER .... |                       |
| MOURE .....    |                       |
| QUENU .....    |                       |
| VELTER .....   |                       |

#### MM.

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| EGALLE .....  | Clinique obstétricale. |
| METZGER ..... |                        |

#### V. — CHARGES DE COURS

#### MM.

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....         | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....            | Puériculture.        |

A LA MEMOIRE DE MA MERE.

A MON PERE

*En témoignage de mon profond amour  
filial et de mon infinie reconnaissance  
pour son affection, son dévouement, ses  
sacrifices.*

---

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur *GOUGEROT*

*Professeur de Clinique des Maladies Cutanées  
et Syphilitiques*

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse et profonde gratitude.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé *P. CHEVALLIER*

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, nous a guidé et aidé de ses conseils et dans son service nous a reçu d'une façon si bienveillante et permis de suivre son enseignement.*

*Hommage de notre vive gratitude et de notre profonde reconnaissance.*

---

A MADAME LE DOCTEUR M. STERNBERG-BRENNER  
*en souvenir de nos années d'études.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. STERNBERG.

A NOTRE JURY DE THESE.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX  
DE NANCY.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX  
DE PARIS.

---



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## I.

### DESCRIPTION DE LA LANGUE LISSE.

#### 1. — La langue parfaitement lisse.

##### *Signes physiques.*

L'aspect est caractéristique.

La langue est lisse aussi bien sur le dos que sur les bords et à la face inférieure de sa partie libre. Sur le dos l'aspect lisse va jusqu'au V lingual.

A la vue la surface paraît unie, rasée, lisse comme une plaque de verre polie (Paul CHEVALLIER), brillante; on dirait qu'elle a été vernie.

Au toucher, elle n'a plus rien de velouté normal; elle est unie, glacée. Le doigt a l'impression de passer sur une paroi bien polie, qui a été vernie.

Si l'on regarde à la loupe, on ne voit plus de traces de papilles filiformes ni de papilles fongiformes.

La couleur varie suivant les cas. La langue lisse peut être pâle; — elle peut être rouge et même rouge vif, carminée; elle peut être violacée.

Très souvent la teinte de base est comme couverte par une très mince couche blanche, opaline, transparente; on dirait que la langue a été peinte d'un très délicat enduit de collodion, enduit qui, bien entendu, fait corps avec le reste de la muqueuse. Cette vitrification superficielle peut s'épaissir quelque peu en certaines régions, en particulier sur la

face dorsale le long des bords, et donner des traînées laiteuses à limites imprécises. Toutes ces blancheurs sont extrêmement légères.

Cette langue vernie n'est pas sèche en règle générale. Elle paraît moins humide, parce que, en raison de l'absence de papilles, elle ne retient plus la salive. Mais son hydratation intime n'est pas diminuée. «Ce n'est pas une langue sèche par deshydratation». (Paul CHEVALLIER). Nous verrons plus loin qu'elle n'est un peu sèche que, dans les rares cas où la sécrétion salivaire est nettement diminuée.

La sensibilité objective est intacte.

Dans beaucoup de cas le volume de la langue n'est pas modifié. Parfois cependant elle paraît un peu rapetissée et trop pointue. A ce stade intense que nous décrivons, il est tout à fait exceptionnel qu'elle soit élargie, c'est-à-dire asthénique et que ses bords gardent les empreintes des dents.

La palpation des aires ganglionnaires (sous- et rétro-maxillaires) ne décèle aucune adénopathie.

### *Signes fonctionnels.*

En règle générale la langue lisse est indolore. Les malades ne s'en plaignent pas. Son diagnostic est une découverte d'examen complet du malade.

Dans certains cas cependant la langue est douloureuse.

Ces douleurs sont en général des paresthésies, en particulier des agacements et des picotements. Les brûlures sont très rares.

L'ingestion d'aliments chauds, celle d'aliments épicés, peut faire naître des sensations désagréables.

Rare est la disparition des saveurs sucrées ou salées.

### *Anatomie pathologique.*

Les caractères en ont été bien précisés par SUZMANN, et les auteurs qui en ont repris l'étude, comme M. Paul CHEVALLIER et son élève, W. STEWART, ont confirmé l'exactitude de la description.

I. La surface est parfaitement plane, alors qu'à l'état normal cette surface est hérissée de papilles. L'histologie confirme donc l'absence complète des papilles.

II. L'épithélium est aminci.

II. Le rapport entre la partie kératinisée et la partie «muqueuse» est modifié au profit de la partie kératinisée. Cet épaissement relatif de la couche cornée lisse est, pour M. Paul CHEVALLIER, le phénomène capital qu'il appelle hyperkératose atrophiante.

La kératinisation est d'ailleurs incomplète.

Seule est normalement kératinisée, comme la peau, c'est-à-dire formée des cellules cornées aplaties et complètement dépourvues de noyaux, une mince bande superficielle dans les régions où existe l'aspect laiteux dont nous avons signalé la rareté.

Le corps muqueux, peu épais mais non aplati, est réduit à un petit nombre de couches cellulaires, parfois même une ou deux.

IV. La limite entre l'épiderme et le derme est moins accidentée qu'à l'état normal. Les papilles sont aplaties et çà et là peuvent n'être qu'ébauchées. Dans un des cas qu'il a examinés, M. Paul CHEVALLIER a cependant vu des papilles bien dessinées.

V. Le derme est infiltré de lymphocytes. Cette infiltration est généralement nette, mais discrète et presque exclusivement périvasculaire. Les infiltrats sont, en règle, lâches et formés de lymphocytes et de quelques plasmazellen. L'infiltration occupe surtout la partie molle superficielle,

dite corps papillaire, mais elle peut envahir un peu le chorion; un peu d'œdème s'observe parfois. Il semble qu'à une période très avancée, les infiltrats puissent disparaître. Le réseau élastique est normal.

VI. La couche musculaire, étudiée par SUZMANN, participe au processus. Les fibres en seraient diminuées, fréquemment dissociées, atteintes dans leur continuité de petits points de dégénérescence acidophile; entre les fibres peuvent exister des dépôts.

### *Complications.*

Trois complications doivent être signalées.

a) La première est la présence d'une ou de deux *petites taches hémorragiques*. Ce purpura est indépendant de tout syndrome hémorragique, aussi bien clinique que biologique; il semble dû à la fragilité des capillaires enflammés et atteints de péricapillarite. M. Paul CHEVALLIER ne l'a vu que très rarement. Il est sans portée et disparaît en l'absence de tout traitement.

b) La seconde est l'apparition, par poussées, sur les bords, la pointe et plus rarement la face inférieure d'*exulcerations* parfois fissuraires, généralement ovalaires, à bords nets, à fond peu profond, à l'emporte-pièce ou en capsule. Ce fond est rouge, s'il n'est par recouvert d'un enduit grisâtre.

Ces érosions ne paraissent pas dues, au moins habituellement, à des traumatismes dentaires ou autres.

Elles sont très douloureuses et entravent l'alimentation.

Comment convient-il de les interpréter? Se basant sur leur aspect qui peut différer d'un cas à l'autre, les auteurs les appellent de noms différents. KAZNELSON a signalé de l'herpès à début vésiculeux. La plupart des classiques disent qu'il s'agit d'aphtes. M. Paul CHEVALLIER fait remarquer que presque jamais il ne s'agit d'aphtes typiques et qu'il n'existe

ni fond jaunâtre ni liséré carminé. Il a tendance à penser qu'en dehors de l'herpès et des aphtes, d'autres processus peuvent produire des ulcérations. Il est possible cependant que l'herpès et l'aphte changent un peu de caractère sur une muqueuse atrophiee.

Quoiqu'il en soit, ces complications ulcéreuses sont beaucoup plus rares aujourd'hui que ne le disent les classiques; peut-être faut-il faire intervenir une meilleure hygiène buccale? Lorsqu'elles apparaissent, elles sont souvent tenaces, mais elles guérissent de façon spontanée, c'est-à-dire sans qu'ait été mise en œuvre aucun traitement qui fasse disparaître l'atrophie linguale.

c) Il peut aussi se produire des plages d'irritation plus ou moins étendues et irrégulières, répandues sur toute la langue ou seulement sur une partie (face inférieure de l'extrémité antérieure, bords, dos); ces plages sont rouges, mal limitées, douloureuses spontanément et au moindre contact; cette sensibilité de contact peut être telle qu'elle entrave l'alimentation. L'aspect de la langue varie beaucoup suivant les cas; dans certains les bandes rouges des bords et de la pointe, celles de la partie médiane, donnent la figure qui est représentée dans «die Krankheiten des Mundes» (deuxième édition 1909) de Von MICKULICZ-RADEZKY et W. KÜMMEL sous le nom de glossite de Möller, ou glossite superficielle chronique, ou glossodynia exfoliativa (MÖLLER 1851, MICHELSON 1890). On a beaucoup discuté sur cette glossite de Möller et la plupart des auteurs étrangers l'identifiaient à la glossite de Hunter. Se basant sur les figures colorées d'une part et d'autre part sur certaines particularités de la description de W. KÜMMEL (Im Bereich der geröteten Partien sind die Papillen oft stark hypertrophisch) notre maître, M. Paul CHEVALLIER, pense que les deux affections ne doivent être confondues. L'aspect moëllérien peut apparaître, comme complication, et durer plus ou moins longtemps, dans une langue lisse typique, atténuée

ou en voie de guérison. Mais il ne semble pas spécial à cette langue. Elle peut, comme le dit KÜMMEL, apparaître chez des hypochondriaques, surtout des femmes et «sans cause connue». Ce qui la caractérise, ce n'est pas l'atrophie, mais la rougeur inflammatoire douloureuse.

Ces diverses complications ne sont pas très fréquentes et, chez la grande majorité des malades, la langue lisse se trouve pure pendant toute l'évolution ou pendant la plus grande partie de cette évolution.

## 2. — Les formes atténuées de la langue lisse.

La langue lisse peut être atténuée dans son étendue dans son intensité.

*Etendue et distribution.* — Il est très fréquent que la face inférieure soit respectée, complètement ou presque complètement, et que l'aspect lisse n'occupe que le dos de la langue et la partie adjacente des bords.

Parfois «les modifications de la muqueuse ne siègent que sur la moitié antérieure du dos de la langue, de la pointe à mi-chemin du V lingual. Dans cette région tout le dos est rasé, mais les lésions sont moins intenses sur les bords.»

«La limite de l'atrophie muqueuse n'est généralement nette que vue à distance. De près on aperçoit une zone de transition avec les parties saines». (Paul CHEVALLIER). Ce caractère est très important: l'atrophie vernissée n'est jamais en aires à limites nettes.

Si l'atrophie n'existe évidente que dans la région antérieure du dos de la langue, les contours de la plaque sont toujours impossibles à préciser tant la zone nettement polie continue insensiblement avec les parties voisines.

Jamais n'existent, même mal limitées, des plaques irrégulières et de distribution capricieuse. Si parfois la dispo-

sition générale peut être en fer à cheval, ou en ovoïde, la figure est floue, mais parfaitement centrée par la ligne médiane de la langue.

Jamais non plus une zone n'est dépapillée irrégulièrement.

*Intensité.* — Tous les intermédiaires existent entre la langue normale et la langue lisse. La diminution comme l'accroissement du velouté se fait progressivement.

Aux stades incomplets, le toucher est très précieux. A la vue une langue paraît parfaitement lisse et vernissée, mais la pulpe du doigt décèle un certain velouté.

Si les papilles filiformes sont examinées avec une forte loupe, elles n'apparaissent pas abrasées, décapitées, mais petites, minuscules, ébauchées, acuminiées ou arrondies. Les papilles fongiformes peuvent être conservées.

### 3. — L'évolution de la langue lisse.

#### *La constitution.*

1° Une langue s'applatit et se vernisse en un temps très variable. Le procédé peut être lent ou rapide.

Quelques semaines suffisent parfois — M. Paul CHEVALIER en possède des observations typiques — à constituer une glossite intense.

Dans d'autres cas la progression dure des mois et des années.

2° En général « la lésion commence dans la région de la pointe, un peu en arrière d'elle, sous forme d'une plaque mal limitée. L'atrophie papillaire s'y fait partout en même temps de façon diffuse. Il est rare qu'on voit confluer plusieurs plaques rasées (mal limitées). J'insiste sur ce point: Je n'ai jamais vu la glossite de Hunter se former par la réunion

d'un certain nombre de petites plaques très rasées, tranchant par leur aspect lisse et rouge et leurs bords nets sur une muqueuse normale ou quasi-normale. L'aire atteinte est d'emblée étendue. La progression ne suit pas l'intensité de l'atrophie: diminution graduelle du velouté jusqu'à sa disparition complète».

«Un stade préatrophique, fréquent, de la glossite de Hunter doit être bien connu. L'atrophie de l'épithélium est nulle ou seulement ébauchée; on ne sent le velouté. L'organe est souvent, non toujours, rouge vif et desquamé. Ce qui domine, c'est sa flaccidité: la langue est comme élargie et donne parfois l'impression d'être tuméfiée. Les saillies dentaires restent imprimées sur les bords. Au premier abord on ne se douterait pas d'un rapport quelconque entre cet état et la glossite de Hunter» (Paul CHEVALLIER). Est-il utile d'ajouter que cet état est loin d'être toujours le prélude d'une atrophie de la muqueuse linguale.

3° La diminution du velouté passe par trois stades:

- a) la langue paraît presque lisse à la vue et reste veloutée au toucher;
- b) elle est brillante et paraît très lisse, mais on trouve encore un peu de velouté;
- c) elle est polie et brillante et l'index qui la parcourt a l'impression d'une surface vernissée.

Pour préciser cette progression, WILKINSON et OATWAY prennent l'empreinte de la langue sur du papier passé au noir de fumée.

### *La période d'état.*

L'évolution atrophique peut s'arrêter en cours de route. Il n'est pas exceptionnel de voir des malades, qui trop peu sages pour se soigner, conservent longtemps sans changement

une forme relativement modérée de la glossite lisse.

En règle générale cependant l'évolution continue jusqu'à ce que la surface soit parfaitement polie et brillante.

### *La repousse et la guérison.*

Aucune glossite de Hunter n'est définitive. Si intense soit-elle et quel que soit le nombre d'années qu'elle reste intense, M. Paul CHEVALLIER l'a toujours vu guérir, lorsqu'un traitement convenable est mis en œuvre.

De même que la période qui conduit de la langue normale à l'atrophie lisse complète peut être très courte, de même la repousse de la muqueuse peut être très rapide. M. Paul CHEVALLIER l'a vu se faire et s'achever en cinq à six semaines.

En général cependant la repousse est plus lente; elle commence vite, cinq à douze jours après le début du traitement convenable, mais elle met plusieurs mois à s'achever.

Enfin dans des cas exceptionnels (cas WILS de M. Paul CHEVALLIER par ex.) la langue est encore lisse, polie et vernissée à la vue, presque tout à fait lisse au toucher, plus de huit mois après le début du traitement, bien que les phénomènes concomitants, dont nous parlerons plus loin, aient disparu.

La repousse se fait à peu près également sur toute la surface atrophiée. Assez souvent cependant la région du dos de la langue et surtout sa partie antérieure reste plus longue à se réparer.

La repousse est progressive et passe par les phases inverses de celles de l'atrophie. Pour apprécier cette repousse, le doigt est au début plus utile que la vue. M. Walter STEWART s'est servi avec avantage du procédé de WILKINSON et OATWAY que nous avons décrit.

## II.

### DIAGNOSTIC DE LA LANGUE POLIE.

Le diagnostic de la langue lisse; de glossite de Hunter, est facile, évident même. Seules les formes atténuées peuvent prêter à confusion.

#### 1. — Les langues qui à la vue paraissent un peu lisses et qui au toucher sont bien veloutées.

Ces langues ne sont pas exceptionnelles. Ce peuvent être des formes de début ou des formes de presque guérison de la langue de Hunter.

Ce peuvent être aussi des langues dont les papilles sont congénitalement peu développées.

Enfin ces langues appartiennent parfois à une troisième catégorie: langues à papilles usées. L'usure est toujours apicale et examinées au microscope, les papilles filiformes existent bien, elles sont seulement décapitées, avec un sommet arrondi; leur longueur est moins grande que la normale. Les papilles fongiformes sont intactes.

Nous retrouverons ces langues lorsque nous parlerons de la langue du dentier.

La rasure est toujours légère, le velouté est conservé, et, à vrai dire, le diagnostic est très facile.

#### 2. — Les langues dépourvues.

La langue est rouge, cruentée: on l'a comparée à une tranche de bœuf. Les papilles ont perdu leur toit de cellules cornées, mais elles existent; la surface de la langue n'est pas

polie, mais finement accidentée. Ni à la vue, ni au toucher, la langue n'est privée de papilles. La désquamation a été précédée d'un état saburral.

La langue cruentée s'observe dans un certain nombre de maladies, en particulier chez certains hépatiques et dans la sprue.

Elle peut coïncider avec la glossite de Hunter, c'est-à-dire que la surface peut être à la fois polie et cruentée; le fait est rare.

### 3. — Langues à plages lisses.

Elles sont de divers types.

*La glossite médiane losangique de BROCC* n'est pas liée à un trouble de l'état général. Au centre du dos de la langue, s'avancant en pointe ou en tête arrondie, élargie à sa partie moyenne, se trouve une plaque rouge, lisse, vernissée, à limites nettes, tranchant sur le reste de la muqueuse linguale qui est normale.

*La glossite désquamative marginée* se développe souvent, mais non toujours, sur une langue scrotale. Elle est caractérisée par des désquamations en aires arrondies et extensives que borde un liséré squameux blanc.

*Les glossites en aires lisses* sont nombreuses; elles apparaissent au cours d'infections générales ou d'inflammations locales diverses; les plaques glabres sont toujours passagères et, si la glossite dure, c'est que de nouvelles plaques apparaissent.

Les unes sont en grandes plaques, à bords nets, généralement dessinés par des lignes brisées; elles se distinguent de la glossite marginée par l'absence de liséré blanc et parce qu'elles ne s'étendent pas excentriquement en cercles.

Les autres sont en *petites ou en très petites plaques*. Les plaques rasées sèches de la syphilis secondaire sont bien con-

nues. La plupart du temps aucune maladie grave n'est en question.

Un syndrome spécial est la glossite triangulaire postérieure de Paul CHEVALLIER. Cette forme dessine un triangle dont la base est formée par la partie centrale du V lingual et dont la pointe s'avance à quelques centimètres sur la ligne médiane. La langue étant à ce niveau normalement un peu mamelonnée, la surface de la plaque est en général un peu irrégulière. Parfois elle est tout à fait lisse, rouge et vernissée. Le plus souvent elle est tachetée: *glossite triangulaire postérieure tachetée*. Elle est alors formée d'un certain nombre de plaques petites ou très petites, isolées, à bords nets, à contours polygonaux ou dessinant des segments de circonférences, de forme généralement un peu allongée et souvent incurvée. Cette glossite est fugace, mais récidive volontiers. Elle traduit une inflammation des voies digestives et coïncide souvent avec une gastrite pultacée.

#### 4. — Les glossodynies et les parésthésies linguales.

Des phénomènes désagréables sont ressentis par certains malades qui ont une langue de Hunter; ces phénomènes peuvent — exceptionnellement — être précoces et précéder l'atrophie; il est rare qu'ils persistent, après la disparition quasi complète de l'atrophie, mais quelques malades se plaignent de conserver de petites phases de douleurs parésthésies-atténuées.

Ces faits suggèrent que certaines glossodynies, certaines parésthésies du bout de la langue, apparaissent sans rapport avec une atrophie de la muqueuse linguale, pouvaient en représenter un stade pródromique ou une forme très atténuée. Dans deux cas qu'a pu soigner et suivre M. Paul CHEVALLIER, l'épreuve thérapeuthique n'a pas été en faveur de cette hypothèse.

III.

**LES ATROPHIES DIGESTIVES  
ASSOCIEES A LA LANGUE LISSE POLIE.**

Le sujet a été amplifié et renouvelé par les recherches de M. Paul CHEVALLIER et plus spécialement par celles qu'il a poursuivies avec M. François MOUTIER.

Nous étudierons la bouche, l'œsophage et l'estomac.

Il est possible, probable même, que d'autres parties du tube digestif soient atteintes, en particulier les parties hautes de l'intestin grêle et certaines glandes annexes; mais nous manquons de documents objectifs sur cette question.

**1. — La muqueuse buccale.**

Il est exceptionnel que l'atrophie de la muqueuse buccale, son «glaçage», attire l'attention. Presque toujours il faut, pour la remarquer, un examen méthodique. Parfois elle manque alors que la glossite de Hunter est typique.

C'est un dermatologiste de génie, Brocq, qui a le premier décrit l'aspect de l'atrophie diffuse de la muqueuse buccale du même type que l'atrophie linguale huntérienne. «La muqueuse, écrit-il dans son étude des intoxiqués nerveux, est rouge, mais d'un rouge légèrement voilé de blanc, comme si l'on avait jeté un très mince voile de mousseline sur un fond rouge vif. A certaines incidences de lumière et en certains points, à la partie médiane de la face interne des joues par exemple, elle semble franchement opaline...»

Cette atrophie buccale se relie, plus ou moins suivant les cas, à une atrophie très minime du pharynx et de l'hypopharynx.

La sécrétion salivaire est souvent normale. Elle peut être augmentée (KELLY) ou, plus volontiers, diminuée (HAYEM).

## 2. — L'œsophage.

Nombreux sont les cas où ont été vues des plaques blanches d'atrophie muqueuse; exceptionnellement l'atrophie est diffuse ou très étendue. Le processus peut déterminer un spasme de la partie supérieure de l'œsophage et après des années une bride membraneuse qui crée une sténose organique. C'est le syndrome auquel les anglo-américains donnent le nom de PLUMMER-WILSON et M. Paul CHEVALLIER celui d'anémie dysphagique.

## 3. — L'estomac.

Le suc gastrique, même après épreuve de l'histamine, est généralement (non toujours) dépourvu d'acide chlorhydrique libre et pauvre en chlore et en pepsine.

L'estomac est atrophié. L'atrophie porte sur la muqueuse (et la sous-muqueuse); la musculuse ne paraît atteinte que rarement et seulement dans les cas d'atrophie muqueuse extrême. L'histologie montre des lésions comparables à celles de la langue, c'est-à-dire dans les cas intenses, surface lisse, sans plissement, disparition presque totale des glandes, disparition des follicules clos, amincissement extrême, infiltration diffuse, mais non dense, du tissu conjonctif avec présence de lymphocytes, de quelques plasmazellen, réaction histiocytaire pouvant mener à la sclérose, dilatation considérable des vaisseaux de la sous-muqueuse et de la musculuse.

La gastroscopie distingue deux types très différents d'atrophie gastrique.

Le premier est l'atrophie en aires. Les aires, situées en général dans le fondus au voisinage de l'orifice de l'antra, sont blanches, lisses, souvent comme nacrées et d'une minceur extrême. Le reste de la muqueuse est plus ou moins diffusément atrophié. A un degré extrême les aires se multiplient

et confluent, la muqueuse intermédiaire s'atrophie et tout l'estomac est parfaitement lisse, blanc, aminci, parcouru çà et là d'arborisations vasculaires.

Exceptionnelles sont les aires atrophiques entourées d'un cercle de gastrite hyperplasique.

Le second type est l'atrophie diffuse. C'est une immense zone qui devient peu à peu lisse par abaissement puis par disparition des plis. L'atrophie diffuse peut être totale ou partielle, régionale. Parfois seul le fondus, ou seul l'antré est atrophie. Le type le plus exceptionnel est celui qui associe une gastrite atrophique à une gastrite irritative; il arrive par exemple que le fondus soit complètement lisse alors que l'antré est atteint de gastrite mamelonnée; parfois l'atrophie de l'antré contraste avec une inflammation hyperplasique du fondus ou d'une partie de cette poche.

\*  
\*\*

Chacune de ces manifestations peut être associée à toutes les autres, associée à une partie des autres, ou isolée.

La règle est:

Une langue lisse de Hunter est associée à une gastrite atrophique, soit une gastrite en aires soit une gastrite diffuse. Mais l'intensité relative des deux processus varie suivant les cas.

Très rarement — nous en citons plus loin des exemples — une glossite de Hunter ne s'accompagne pas d'une atrophie gastrique très nette. — Beaucoup plus souvent la langue est encore normale, ou subnormale alors que l'atrophie gastrique est très forte.

\*  
\*\*

Lorsqu'un traitement convenable répare les muqueuses, il est fréquent que l'atrophie linguale et l'atrophie stomacale diminuent en même temps; il est de règle cependant que l'atrophie stomacale soit plus rebelle que l'atrophie linguale.

Parfois l'évolution inverse se produit.

Comme nous l'avons dit pour la langue, il est très facile de déclencher une réparation des muqueuses et de la mener à un état subnormal; la réparation totale et complète exige de longs et énergiques efforts thérapeutiques.

\*  
\*\*

Le début des phénomènes atrophiques — moins facile à suivre que leur réparation — semble aussi irrégulier que celle-ci. En règle la langue paraît commencer de se dépapiller avant que l'estomac paraisse, au gastroscopie, nettement atteint. Mais il est des cas où l'atrophie gastrique existe intense alors que la langue est encore normale ou seulement étalée, molle et asthénique.

En résumé: le parallélisme des manifestations atrophiques caractérise les cas typiques, avec, au début, habituellement, semble-t-il, un léger retard de l'estomac sur la langue; et, lors de l'évolution vers la guérison, habituellement un retard net de l'estomac sur la langue. Mais les cas atypiques ne sont pas exceptionnels, ainsi que les syndromes d'atrophie isolée de l'un ou l'autre organe. En pratique une langue de Hunter doit faire penser à une atrophie gastrique; l'analyse du suc gastrique et la gastroscopie confirment presque toujours cette hypothèse.

---

#### IV.

### LA LANGUE LISSE DES ANEMIES.

La langue lisse de Hunter s'observe le plus souvent chez des anémiques.

#### 1. — L'anémie de Biermer.

Anémie hyperchrome mégalocytaire (le mégalocyte est un globule rouge dont le diamètre est au moins de  $12\ \mu$ ) et mégaloblastique dans le sang et surtout dans la moelle osseuse, — maladie idiopathique, chronique, progressive, mais évoluant par poussées séparées de rémissions fort incomplètes, — affection mortelle lorsqu'elle est livrée à elle-même mais s'améliorant et guérissant par un traitement très intense et très prolongé par le foie, l'anémie de Biermer est celle où la langue est le plus souvent atteinte de glossite de Hunter.

Si l'on ne considère que les cas où la déglobulisation est intense, la glossite de Hunter est constante (ou tout au moins presque constante).

C'est dans l'anémie de Biermer qu'elle a d'abord été décrite.

Au début et dans les formes anormales (formes nerveuses quasi pures, en particulier) la langue peut être normale ou peu modifiée.

Les statistiques donnent, suivant les auteurs, une fréquence globale de 30 à 70%. Le premier nombre est certainement trop faible et date d'une époque où diverses affections étaient confondues sous le nom d'anémie pernicieuse. 70% n'est pas une estimation exagérée, et même on se demande si la proportion ne serait pas plus forte si les auteurs avaient tenu compte des glossites de Hunter atténuées.

Parfois s'observe, pendant un certain temps, une des complications précédemment signalées.

Le syndrome digestif habituel de l'anémie de Biermer intense est :

langue de Hunter,  
anorexie,  
achlorhydrie,  
atrophie gastrique avec aires nacrées.

Ne considérons que le couple langue de Hunter — atrophie gastrique en aires. Souvent l'intensité des deux manifestations est parallèle. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Dans les nombreuses observations de notre maître M. Paul CHEVALLIER, nous n'avons pas trouvé d'exemple d'anémie biermérienne évidente dont la langue soit presque normale alors que l'estomac était atrophié.

Une malade, au contraire, est actuellement dans le service dont la langue est lisse et polie et dont l'estomac est presque normal.

En somme tantôt l'atrophie de la muqueuse des premières voies digestives (bouche, langue, œsophage, estomac) peut s'établir à peu près en même temps, tantôt l'atrophie d'une des régions précède les autres et reste prédominante au moins pendant une assez longue période. La langue est la région extrêmement sensible au processus biermérien.

Lorsqu'est faite l'hépatothérapie à doses considérables, qu'on sait aujourd'hui être le traitement quasi spécifique de la maladie de Biermer, la muqueuse digestive repousse et, après un certain temps, elle redevient tout à fait normale. Le plus souvent la repousse de la langue s'achève avant celle de l'estomac. Cependant il n'est pas toujours ainsi, et la langue peut rester en grande partie lisse alors que l'estomac est presque complètement réparé.

La repousse de la langue est un des meilleurs tests de l'activité du traitement antibiémérien. Mais il n'existe pas de parallélisme complet entre la réparation de la langue et celle des autres lésions, en particulier celle des lésions san-

guines. Lorsque la langue est redevenue normale, de longs mois de traitement intensif doivent encore être prévus si l'on veut éviter une rechute précoce.

L'aplatissement de la muqueuse linguale peut être le premier signe d'une rechute.

L'étude minutieuse des extraits hépatiques a montré à M. Paul CHEVALLIER qu'ils n'ont pas tous exactement les mêmes effets; parfois on ne peut se défendre de l'impression que le foie contient une série de principes différents qui agissent l'un sur la moelle osseuse, l'autre sur le tube digestif, un autre encore sur l'état général, etc. Chaque extrait de foie est plus ou moins chargé en chacun de ces principes, en sorte que tel d'entre eux répare très bien la langue et relativement peu le sang, ou vice versa. On pourrait croire à une susceptibilité individuelle; mais cette explication ne saurait tenir devant ce fait, remarqué par M. P. CHEVALLIER, que tous les malades mis à tel extrait se comportent d'une même façon, qui est un peu différente du comportement d'autres malades soumis à un autre extrait.

## 2. — La chlorose.

Anémie hypochrome microcytaire dans le sang, à peu près normoblastique dans la moelle osseuse, — maladie idiopathique, chronique, progressive, mais s'arrêtant presque toujours à un certain degré; — infirmité grave mais presque jamais mortelle, — curable dans toutes ses manifestations par le fer à hautes doses, — la chlorose a été considérée comme une maladie disparue, mais, en même temps, redécouverte en partie sous le nom d'anémie hypochrome achylique idiopathique.

Bien que la muqueuse de l'estomac y soit, non pas toujours, mais très souvent, diffusément atrophiée (avec ou sans achlorhydrie), la langue s'y trouve le plus souvent normale.

Ce n'est guère que dans les chloroses chez des sujets âgés (chlorose tardive d'Hayem) et dans des cas durant depuis longtemps et intenses, que s'observe une belle langue lisse analogue à celle des plus belles maladies de Biermer. MM. Paul CHEVALLIER, ALAJOUANINE et leurs collaborateurs en ont publié un bel exemple chez une vieille femme confinée au lit depuis six ans par un syndrome neuranémique intense et typique.

Les formes atténuées de la langue lisse sont moins rares, mais ne sont pas très fréquentes.

Lorsque la muqueuse est atrophiée, elle repousse rapidement lorsque le patient prend le fer à hautes doses. Certains auteurs conseillent dix grammes et plus par jour. Notre maître M. Paul CHEVALLIER se contente de six grammes (parfois huit) de carbonate de fer ou safran de mars apéritif, qu'on donne par cachets d'un gramme au milieu des repas.

### **3. — L'anémie maligne intermédiaire.**

Sous le nom d'anémie maligne intermédiaire, M. Paul CHEVALLIER décrit une affection qui a été comprise en partie dans l'anémie pernicieuse telle que la concevait HAYEM et en partie dans l'anémie aplastique telle que la concevait EHR-  
LICH. Elle est hyperchrome, mais de façon modérée, et devient hypochrome si elle s'aggrave (phénomène à priori paradoxal); elle est normocytaire et macrocytaire, mais non mégalo-  
cytaire; elle s'accompagne d'un syndrome hémorragique, évolue par périodes de rémission et d'aggravation, et, après un temps court, ou, plus souvent, assez long (plusieurs années) se termine par la mort, malgré tous les efforts thérapeutiques. Même si l'anémie est extrême et la gravité de l'état général considérable, la muqueuse linguale (pas plus que la muqueuse de l'estomac) n'est, en règle, atrophiée: il n'existe pas de langue lisse. — Parfois cependant on observe une tendance à la glossite de Hunter.

#### 4. — L'aleucie hémorragique de Frank.

Pareillement intacte, presque toujours parfaitement intacte — et c'est là encore un signe diagnostique important —, bien que très pâle, est la langue dans cette terrible anémie aplasique qui tue en quelques semaines ou, parfois, en presque un an. Le sang y semble presque normal, et seulement de plus en plus dilué. Une intoxication en est généralement la cause (benzol, arsenic, arsénobenzol, sels d'or, radium, rayons X, etc.).

#### 5. — Les anémies des carences.

multiples sont les anémies qui paraissent indiscutablement dues à des carences, que les carences résultent d'un manque d'apport alimentaire ou d'un vice d'assimilation. En général la langue y est normale ou presque normale.

La mieux étudiée de ces anémies est l'*anémie macrocytique levurocurable* que, depuis les expériences de Lucy WILLS, on attribue à un manque, ou à un défaut d'assimilation, des vitamines B, et plus spécialement de la vitamine B<sup>2</sup>. En règle générale, la muqueuse linguale n'est pas plus atrophiée que la muqueuse de l'estomac. Il s'agit presque toujours d'anémies légères ou modérées.

Cependant M. BEN HAMOU a vu, dans quelques cas graves, une langue lisse comparable à celle des Biermériens, bien que non intense.

#### 6. — L'anémie achrestique de Wilkinson.

Sous le nom d'anémie achrestique a été décrite dans ces dernières années une affection où la langue est généralement normale et qui semble, à beaucoup d'auteurs, se confondre en partie avec l'anémie macrocytique levurocurable et en partie avec d'autres anémies.

## 7. — Les anémies aiguës.

Dans les anémies chroniques, la langue lisse peut manquer, être tardive, ou bien être précoce et même préanémique. Dans les anémies aiguës M. Paul CHEVALLIER ne l'a jamais observée.

## 8. — La sprue.

Dans le précis de Pathologie exotique qu'il a rédigé avec M. RIST, JEANSELME décrit ainsi la langue de la sprue :

«La bouche est d'abord amère et pâteuse. Puis elle devient douloureuse, et la langue présente des taches rouges, un peu surélevées, qui, d'abord localisées aux bords et à la pointe, ne tardent pas à confluer. La rougeur s'étend alors à toute la surface de la langue, qui prend un aspect lisse, brillant et comme vernissé. Les papilles filiformes semblent avoir disparu...»

Ainsi, si l'on néglige les aphtes, la langue de la sprue est d'abord une glossite de Møller, puis une glossite de Hunter.

Dans les deux seuls cas qu'il a vus de sprue tropicale typique et ancienne, M. Paul CHEVALLIER a trouvé la langue plus dépouillée que vernissée et surtout rouge et douloureuse.

## 9. — Les cancers à forme anémique.

Rien n'est plus traître qu'un cancer latent qui se dissimule sous le masque d'une anémie primitive; cette anémie peut être très hypochrôme, à peu près normochrôme ou même hyperchrôme et macrocytique. Très souvent la langue est normalement papillée. Cependant, comme l'a fait depuis longtemps remarquer M. AUBERTIN, la muqueuse peut s'atrophier et la surface de l'organe devenir lisse.

M. Paul CHEVALLIER a vu ainsi un certain nombre de langues lisses; mais, même chez des malades anémiques depuis un à deux ans, n'a pas encore trouvé une langue parfaitement vernissée comme est la langue d'un Biermer typique et complet.

#### 10. — Les anémies secondaires.

En règle la langue est normale dans les anémies dites secondaires, c'est-à-dire celles qui coïncident avec une maladie d'organe ou de système bien caractérisée et qui, par un mécanisme le plus souvent d'ailleurs fort mal élucidé, est liée à cette maladie d'organe ou de système.

La muqueuse linguale a toujours été vue normale dans les anémies aiguës. Elle est aussi normale dans la plupart des cas d'anémies chroniques, qu'il s'agisse, par exemple, de leucémies ou de néphrite chronique progressive atrophiante.

Les cas où existe un certain degré d'atrophie de la muqueuse sont rares.

#### CONCLUSIONS PRATIQUES AU SUJET DE LA LANGUE LISSE DANS LES ANEMIES.

##### A) *Lorsqu'une muqueuse linguale n'est pas atrophiée.*

Ce signe n'a aucune valeur:

si l'anémie est aiguë,

si l'anémie est modérée.

Ce signe a une grande valeur:

si l'anémie est forte et chronique. Il permet presque à coup sûr d'exclure, dès l'examen clinique, l'hypothèse d'une maladie de Biermer.

Lorsqu'existe un syndrome hémorragique, l'intégrité de la langue fait penser d'emblée à une anémie maligne intermédiaire ou à une aleucie hémorragique.

Si le syndrome hémorragique manque, l'intégrité de la langue fait penser à une chlorose, à une anémie de carence et à une anémie secondaire (en particulier, si l'anémie paraît isolée, à un cancer latent ou à une atrophie rénale se dirigeant vers la grande azotémie ou la réalisant déjà).

*B) Lorsque la langue est lisse,*

L'hypothèse de chlorose ne doit guère être retenue que si l'anémie s'accompagne de syndromes variés et intenses et dure depuis très longtemps;

L'hypothèse d'un cancer latent ne saurait être exclue, non plus que (— mais en troisième ligne —) de toute autre anémie chronique plastique secondaire ou primitive.

Mais il ne convient pas d'oublier que l'anémie qui donne le plus de langues lisses et qui donne les plus belles, les plus intenses, des langues lisses, est la maladie de Biermer.

Comparant l'état du sang et de la moelle d'une part, l'existence de la langue lisse d'autre part, M. Paul CHEVALLIER dit «La langue lisse est d'autant plus fréquente que l'anémie est plus foncièrement, plus intensément et depuis plus longtemps plastique; elle est d'autant plus rare que la tendance à l'aplasie est plus forte. Aux deux extrêmes de la série, elle est constante dans les Biermer typiques, toujours absente dans l'aleucie hémorragique.»

Liée à une inflammation chronique de la muqueuse, la langue lisse se voit dans les anémies qu'on peut appeler «inflammatoires» et que les classiques disent plastiques. Elle manque dans les anémies où existe seul un processus dégénératif, anémies que les classiques disent aplastiques.

V.

**LA LANGUE LISSE**

**CHEZ LES SUJETS NON ANEMIKES.**

Bien que très rarement, la langue lisse peut se voir chez des sujets non anémiques.

Tantôt la glossite est exactement semblable à la glossite lisse la plus typique des grands anémiques: le fait est exceptionnel.

Tantôt la glossite lisse est atténuée, c'est-à-dire non tout à fait vernissée, bien que le diagnostic de glossite huntérienne soit évident.

Tantôt enfin, et c'est le cas le plus fréquent, la glossite a le type que M. Paul CHEVALLIER a appelé «glossite rasée antérieure diffuse» et qu'il a ainsi décrit:

«Elle reproduit la glossite de Hunter banale des anémies essentielles. La moitié antérieure du dos de la langue est décapillée, lisse. Les lésions sont généralement moins marquées sur les bords que dans la région strictement dorsale. Elle se terminent généralement en arrière par un V élargi à pointe postérieure. Sans être d'habitude floues, les limites ne sont pas dessinées avec précision.»

Rares sont les auteurs classiques qui se sont occupés de la question et ils ne l'ont fait qu'incidemment et de façon partielle.

On peut schématiser leur opinion de la façon suivante:

Il existe trois sortes de glossites lisses: celles que rien n'explique, celles qui sont dues au dentier, celles qui sont dues à la sénilité.

### La glossite lisse du dentier.

Le dentier qui est incriminé est le *dentier en caoutchouc* durci.

Un fait est certain: la glossite rasée antérieure s'observe très souvent chez les sujets totalement ou partiellement édentés et pourvus d'un dentier.

De là à conclure que le dentier est la cause du vernissage de la langue, il n'y avait qu'un pas, et ce pas a été franchi.

M. Paul CHEVALLIER a vivement critiqué cette interprétation. Voici les arguments négatifs:

a) La glossite lisse est rare chez les porteurs de dentier, même chez ceux qui en ont depuis de longues années. «Dans ces derniers temps, écrit M. Paul CHEVALLIER en 1934, nous avons interrogé des sujets de cette catégorie: plusieurs femmes de 28 à 40 ans avaient un dentier depuis l'âge de 17 ans; un sujet portant un dentier depuis 32 ans, etc.» Depuis cette époque les cas se sont multipliés; à sa consultation de l'hôpital Cochin notre maître fait très souvent remarquer combien est normale la langue de la plupart des gens qui ont un dentier depuis dix ans vingt ans et plus.

b) Il arrive que la glossite lisse s'observe chez des sujets complètement ou presque complètement édentés depuis peu ou depuis très longtemps, sujets qui n'ont jamais porté de dentier.

c) «Ainsi que l'ont remarqué tous les hématologistes, en particulier ceux qui se sont occupés de l'anémie hypochrome achylique, la dentition des anémiques essentiels est souvent déplorable (— à tel point qu'il existe une théorie dentaire de l'anémie pernicieuse et une théorie dentaire de la chlorose). Chez ces anémiques édentés et à dentier, la glossite rasée antérieure est de règle, mais elle n'est pas constante. Elle existe aussi bien chez des anémiques à dents normales et sans dentier.»

Les arguments positifs sont encore plus importants: nous les détaillerons plus loin. Disons seulement qu'un *traitement convenable fait repousser la muqueuse linguale et la fait redevenir normale, bien que les sujets continuent de porter leur dentier.*

En conclusion, l'attribution au port du dentier de la glossite lisse, et en particulier de sa forme de «glossite antérieure rasée», n'est pas justifiée.

«Tout au plus, écrit M. Paul CHEVALLIER, le dentier peut-il expliquer certaines petites réductions de hauteur des papilles, sans que le velouté lingual ait disparu». Il semble bien en effet, que les dentiers, en particulier ceux qui sont incrustés de tartre et ceux qui sont fabriqués en matériaux grossiers, usent la pointe des papilles filiformes. Il en résulte un aspect un peu uniforme, moins velouté, de la surface du dos de la langue. Mais il suffit de regarder avec un peu d'attention pour voir que les papilles filiformes persistent; et, si l'on touche le dos de la langue, on se rend compte que son velouté est normal. Aucune confusion n'est possible avec l'atrophie papillaire de la glossite de Hunter.

### La glossite lisse des vieillards.

La glossite vernissée totale ou seulement antérieure s'observe volontiers chez des vieillards. Quelques auteurs l'ont attribuée à une atrophie sénile et l'ont appelée «langue des vieillards».

M. Paul CHEVALLIER a montré que cette langue des vieillards n'existait pas plus que la langue du dentier.

a) La plupart des vieillards, même très âgés, même impotents ou malades, ont une langue normalement papillée.

b) Lorsqu'un vieillard présente une langue lisse, il est presque toujours anémique.

c) Lorsqu'une langue lisse existe chez un vieillard non anémique, cette langue se repapille par un traitement convenable, sur lequel nous allons insister dans le chapitre suivant.

Conclusion: la vieillesse ne peut, à elle seule, engendrer l'atrophie de la muqueuse linguale.

Ainsi trois sortes de langues lisses, analogues aux langues des anémiques, existent chez des sujets non anémiques:

la première a été jusqu'ici inexplicquée,

la seconde a été attribuée au port du dentier, explication qui ne peut être maintenue,

la troisième a été attribuée à la vieillesse, explication qui, elle non plus, ne peut être maintenue.

Dans une série de travaux publiés dans ces dix dernières années, M. Paul CHEVALLIER a démontré que toutes ces langues lisses ont la même signification que la langue lisse des anémiques et qu'elles relèvent, sans aucun doute, de la même pathogénie.

C'est à cause des langues lisses comme à cause d'autres accidents cutanés ou viscéraux, que notre maître a créé la théorie des métanémies.

## VI.

### **LA CONCEPTION DES METANEMIES ET L'ORIGINE METANEMIQUE DES LANGUES LISSES EN APPARENCE «INEXPLICABLES».**

#### **1. — La conception des métanémies.**

Voici comment notre maître expose sa conception des métanémies.

«En pratique, on peut distinguer deux grands groupes d'anémies :

1° Celles qui surviennent au cours d'une maladie bien caractérisée, et qu'on appelle anémies secondaires;

2° Celles qui se présentent comme des maladies autonomes, que leur cause soit connue (anémie aplasique grave: anémie hémorragique, par toxiques caryophiles) ou bien inconnue ou discutée (chlorose, maladie de Biermer, anémie maligne intermédiaire etc.), et qu'on appelle anémies primitives ou essentielles.

Chaque anémie essentielle comprend :

un syndrome anémique de type et d'évolution spéciaux;  
et des syndromes non sanguins :

syndrome digestif;

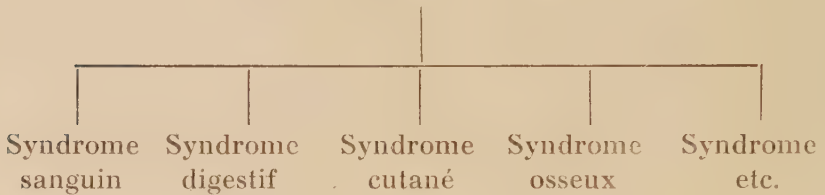
syndrome nerveux;

syndrome cutanée, etc...

Les auteurs classiques considèrent, en général, que l'un des syndromes est le père des autres. Par exemple il est une théorie qui fait dépendre les troubles viscéraux de l'anémie

elle-même, c'est-à-dire d'une atteinte de la moelle osseuse. Il est une autre théorie — c'est elle qui aujourd'hui a le plus de succès — qui admet que le *primum movens* est une gastrite, ou tout au moins, une digestivite, et que l'anémie en dépend comme les autres troubles. Je passe sous silence les autres théories qui sont nombreuses, depuis la nerveuse (à laquelle se ralliait TROUSSEAU pour la chlorose) jusqu'à la thyroïdienne plus récente et qui n'a guère eu de succès. Une série de faits m'ont incité à rejeter toute explication qui fait dépendre les syndromes les uns des autres. Chaque syndrome me paraît essentiellement indépendant de chacun des autres. Au lieu de me représenter une cascade, je vois une juxtaposition. En sorte qu'une anémie peut être figurée de la façon suivante:

Cause X (connue ou inconnue).



Ce schéma rend très facile à expliquer les formes incomplètes et anormales, les irrégularités et les dissociations, spontanées ou thérapeutiques de l'évolution...

Sous réserve qu'une même cause gouverne tous les syndromes et que, si elle agit intensément, la maladie est riche en manifestations de toutes sortes, on comprend que, suivant les cas, tel ou tel syndrome est surtout réalisé.

Si l'on accepte notre conception des anémies, toutes les associations syndromatiques sont possibles.

Celles qui sont bien connues et décrites dans les livres classiques sont les associations auxquelles participe le syndrome anémique:

Soit anémie + glosso-gastrite + syndrome nerveux, etc.;

Soit anémie + syndrome gastrique;

Soit anémie + syndrome nerveux;

Soit toute autre combinaison.

On remarquera que tous les auteurs insistent sur ce fait que tel ou tel syndrome peut être léger alors que les autres sont intenses, et que en particulier l'anémie peut être fruste. Il est, par exemple, courant de faire un diagnostic de maladie de Biermer en présence de troubles nerveux spéciaux alors que le nombre de globules rouges est normal. Alors la valeur globulaire est exagérée et on voit dans le sang ces énormes globules rouges qu'on appelle des mégaloctes.

Faisons un pas de plus:

Il est des malades chez qui le sang est normal, presque normal, ou tout à fait normal, indiscutablement normal, et chez lesquels cependant existent un ou plusieurs des syndromes que l'on rencontre, habituellement ou parfois, chez des sujets dont le sang décèle une anémie essentielle.

Je pense que, très souvent, cette maladie, qui n'est pas anémiant et qui même ne touche pas le sang, est une forme sans anémie d'une anémie essentielle.

De prime abord cette conception d'une «anémie sans anémie» choque l'esprit. Mais ce malaise intellectuel n'est dû qu'à une mauvaise terminologie classique qui appelle «anémie» des maladies dont la seule forme clinique — la plus fréquente sans doute, encore que cela ne soit pas démontré — est anémiant ou tout au moins hémopathisante, alors que les autres formes cliniques respectent le sang.

Pour éviter les critiques verbales, j'ai créé le nom de métanémie. Une métanémie est une forme clinique, ou l'ensemble des formes cliniques, qui ne s'accompagnent pas de modifications sanguines, d'une maladie qui, typiquement, est

surtout caractérisée par une hémopathie grave. Il existe des métanémies biermériennes, des métanémies chlorotiques, etc.

Si l'on y réfléchit un peu, on voit que certains syndromes comme certaines « agranulocytoses » (l'agranulocytose de Werner SCHULZ ne s'accompagne pas d'hémorragie ni d'anémie franche), certains « purpuras », etc. sont des métanémies de l'anémie aplasique hémorragique (aleucie hémorragique) d'origine toxique ou autre.

La conception des métanémies a une grande importance pratique. Elle a cette conséquence que le traitement d'une métanémie doit être le même que celui qui peut guérir l'anémie essentielle à laquelle elle se rattache. S'il s'agit bien d'une métanémie, le syndrome digestif, nerveux ou autre, doit guérir par ce traitement. Le foie doit guérir les métanémies biermériennes; le fer doit guérir les métanémies chlorotiques.

C'est ce que démontre l'expérience. — Mon expérience est déjà vieille de quatre ans et je puis confirmer ici, et renforcer, ce que j'ai écrit sur ce sujet dans les articles parus antérieurement. On sait que les troubles viscéraux de la maladie de Biermer exigent pour disparaître des doses énormes de foie et, pour ne pas reparaître, une longue et active poursuite du traitement. On sait que, pour guérir et maintenir guérie une chlorose ou anémie hypochrome achylique, avec modifications digestives, nerveuses, cutanées ou autres, il faut généralement des doses énormes de fer, et pendant extrêmement longtemps.

Il n'est donc pas étonnant qu'il ne faille pas conduire avec timidité le traitement des métanémies. Elles exigent, pour guérir, des doses énormes du médicament convenable (ordre de grandeur: 20 cm<sup>3</sup> d'hépatrol par jour en injection pour le méta-Biermer; 6 grammes (parfois 8) de safran de mars apéritif, ou carbonate de fer, par jour en ingestion, pour les méta-chloroses). Après guérison les récidives ne seront empêchées que par un traitement encore énergique,

coupé de courts repos, et prolongé si longtemps que je ne saurais encore dire combien d'années sont nécessaires dans un grand nombre de cas et même si parfois le traitement peut être un jour tout à fait supprimé.

Parmi les métanémies les plus fréquentes, nous avons particulièrement étudié les atrophies glosso-stomacales, l'urticaire digestif, le prurigo leucodermique... Nous ne saurions y insister sans dépasser le cadre de cet article.

La conception des métanémies est-elle exempte de toute critique? Assurément non. J'ai la faiblesse de penser que toutes nos théories médicales ne sont que provisoires. Même celles qui nous paraissent aujourd'hui les mieux établies ne contiennent qu'une part de vérité, intimement mêlées à une part, plus ou moins importante, d'erreur ou d'insuffisance.

Une conception n'est donc pas bonne parce qu'elle semble vraie. En l'état présent de nos connaissances, une conception ne peut être dite bonne que si elle se montre féconde.

La conception des métanémies nous paraît actuellement bonne parce qu'elle nous a mené à traiter par des procédés simples, et à guérir, des affections souvent extrêmement pénibles et qui se montrent trop fréquemment rebelles aux thérapeutiques classiques. Et, comme les métanémies biermériennes sont infiniment plus rares que les métanémies chlorotiques, notre conception conduit à user *larga manu* d'un médicament facile à prendre et peu coûteux, en même temps qu'admirable d'efficacité: le fer.»

## 2. — Démonstration de l'origine métanémique des langues lisses

### «inexplicables».

L'origine métanémique des langues lisses «inexplicables», que le sujet soit jeune ou vieux, qu'il soit édenté ou non, qu'il porte ou non un dentier, a été donnée par trois ordres de preuves.

1. Un certain nombre des sujets apparemment non anémiques sont, en réalité, de petits anémiques.

Nous n'insistons pas sur cet argument, pour nous limiter aux cas où l'examen du sang ne montre aucune espèce de diminution des globules rouges, de modification de la valeur globulaire ni de modification de taille ou de forme des hématies. Cependant l'existence d'anémies méconnues parce que non recherchées ou peu intenses, l'existence aussi, parfois, de modifications globulaires sans déglobulisation, permettent de relier les métanémies pures aux anémies par tous les chaînons d'anémies larvées ou atténuées.

2. La glossite lisse « en apparence inexplicable » s'accompagne toujours ou presque toujours d'atrophie de la muqueuse gastrique.

Souvent l'atrophie est d'un type relativement banal, qui est celui que l'on rencontre dans la chlorose : l'atrophie diffuse, tantôt généralisée, tantôt localisée à une région de l'estomac.

Parfois l'atrophie est plus spéciale. Elle s'accompagne de ces aires atrophiques intenses, qui apparaissent à l'endoscope grisâtres ou blanches, comme nacrées, très minces : c'est l'atrophie avec aires nacrées que l'on voit presque constamment dans la maladie de Biermer.

De l'un et l'autre type M. Paul CHEVALLIER a recueilli un nombre relativement important de cas.

Du premier nous donnerons comme exemple le cas de Marie Cr..., 30 ans. Cette femme est atteinte de rétrécissement poradénique du rectum. Elle est édentée, par carie, depuis l'âge de 17 ans et porte un dentier en caoutchouc. La langue est lisse et vernissée. — Le suc gastrique, après injection d'histamine, est normal : HCl libre 3,2, ac. totale 3,6, chlore totale 4,6. La gastroscopie montre l'association d'une gastrite hypertrophique verruqueuse de la partie supérieure de la petite courbure, et d'une gastrite atrophique diffuse de toute l'antré (on sait que la petite courbure fondique préside surtout à la

sécrétion chlorhydrique et que l'estomac contient le produit antianémique de Castle). Le sang était quasi normale: gl: rouges 5.256.000, hg. 90, v. gl. 0,85 (valeur globulaire un peu faible); monocytose avec quelques microcytes.

Du second type, l'observation de Madame Véra Pod... est caractéristique. Agée de 64 ans, fatiguée par son dur métier de vendeuse sur les marchés, la malade se plaint de constipation opiniâtre, de douleurs vagues dans le ventre et d'amertume buccale; mais ses digestions gastriques sont excellentes. La moitié antérieure de la langue est rasée, mais non complètement vernissée. Dentier de caoutchouc durci depuis plus de 20 ans. Sang: gl. rouges 5.472.000, hg. 95, v. gl. 0,87; normocytose presque complète. — Achlorhydrie après histamine: HCl 0, ac. libre 0, acidité totale 0,7, chlore total 2,8. Gastros-copie (Dr. F. MOUTIER): gastrite atrophique intense; larges plaques où la paroi est parfaitement lisse et extrêmement mince; l'aspect est analogue aux cas les plus typiques de gastrite biernérienne.

3. La glossite lisse, vernissée, d'apparence inexplicable, repousse par le traitement antianémique.

Dans sa communication de 1934, M. Paul CHEVALLIER ne parlait que du traitement ferrugineux.

Par un traitement ferrugineux analogue à celui qui est indiqué dans la chlorose ou anémie hypochrome achylique, c'est-à-dire à doses énormes (6 à 8 grammes de safran de mars apéritif, par jour), l'estomac repousse et la langue repousse.

Fait intéressant, non seulement repoussent les langues lisses accompagnées de gastrite atrophique diffuse, mais encore peuvent repousser celles qu'accompagnent des gastrites ou plaques du type biernérien.

L'exemple de Madame Véra Pod..., ci-dessus cité est typique. Véra Pod... a pris 2 grammes de protoxalate de fer per os pendant un mois. Après quinze jours déjà l'état général s'est transformé. La malade se sent plus active, rose et gaie; elle a engraisé; la constipation a presque disparu. Après quatre semaines la langue est repapillée. Sang: gl. rouges 5.472.000, hg. 95, v. gl. 0,87. On continue

le traitement. L'estomac a été réexaminé trois mois après le début du traitement: les aires atrophiques sacrées ont disparu.

(On remarquera que le fer a été, ici, donné à doses modérées et que le résultat a été excellent. D'habitude il convient de prescrire de plus fortes doses. Le protoxalate convient aux grands constipés; il est plus laxatif que le safran de mars apéritif.)

Depuis 1934 M. Paul CHEVALLIER a traité des cas convenablement choisis, non seulement par le fer, mais par les extraits de foie à hautes doses et par la levure de bière: il a obtenu les mêmes résultats parfaits.

### *Conclusion.*

L'origine métanémique des langues lisses authentiques et apparemment inexplicables est démontrée par leur association à des phénomènes extra-anémiques habituels dans les grandes anémies idiopathiques et surtout par leur guérison sous l'influence des traitements antianémiques.

---

## VII.

### LE PROBLEME

#### DES «GLOSSITES CORTICALES EN NAPPES»

#### SYPHILITIKES

La syphilis donne, avons-nous dit, à sa période tertiaire des «glossites scléreuses superficielles ou corticales» qui ont, avec les langues lisses jusqu'ici étudiées, une ressemblance et des dissemblances.

La ressemblance est «l'aspect remarquablement lisse et uni de la muqueuse, qui semble comme vernie; sur l'aire affectée, elle a perdu ses papilles et avec elles l'aspect tomenteux, vilieux, du gazon papillaire; elle semble alors comme rasée» (A. FOURNIER).

Les dissemblances sont nombreuses.

C'est d'abord «l'induration superficielle du derme lingual, et du derme seulement, les tissus sous-jacents restant indemnes. — Ces indurations sont étalées, lamelleuses, et tout à fait comparables aux indurations parcheminées du chancre.» (A. FOURNIER.)

C'est ensuite «la rougeur morbide de la muqueuse, rougeur foncée, d'un ton cerise un peu foncé».

La glossite corticale lenticulaire de FOURNIER ne ressemble pas du tout à la langue lisse, mais il n'en est pas de même de certaines formes de «glossite corticale en nappe».

«Elle est plus ou moins étendue, et affecte tel ou tel département de la langue, par exemple.. la région antérieure

et médiane de l'organe. Au niveau des parties malades, elle transforme la muqueuse en une plaque infiltrée de 2, 3, 4, 5 centimètres carrés, quelquefois même davantage... Le département lingual affecté fournit au doigt une résistance parcheminée, sèche, coriace, à ce point qu'on croirait la muqueuse transformée en une lamelle de parchemin... Même apparence unie, lisse, vernie, de la surface linguale — même apparence dépapillée, «rasée», — même rougeur sombre, au début et surtout dans une période peu avancée; car, plus tard, alors que la dégénérescence scléreuse a achevé de s'accomplir, la muqueuse prend, au contraire, une teinte moins foncée, voire parfois une teinte rose blanchâtre due à la diminution progressive des éléments vasculaires. Il n'est même pas très rare que, dans les phases ultimes de la lésion, on trouve quelques îlots de la surface linguale présentant une teinte absolument blanche, d'un blanc laiteux (milk-white, de FAIRBIE CLARKE), teinte résultant non pas d'une cicatrice des tissus précédemment ulcérés, mais d'une atrophie interstitielle de la muqueuse» (A. FOURNIER). Les complications sont des irritations locales, des éraillures, des gerçures, des crevasses, des érosions... et de la douleur.

\*  
\*\*

M. Paul CHEVALLIER a observé quelques cas de *glossite corticale en nappe* étendue à toutes la face dorsale de la langue en avant du V lingual. Au premier abord on aurait cru à une langue lisse anémique ou métanémique. Aussi notre maître l'appelle-t-il familièrement pseudo-biermérienne.

Le diagnostic devient difficile lorsque, comme cela a été vu dans deux cas, l'induration parcheminée de la muqueuse est légère. Il convient de la rechercher avec le plus grand soin.

Les autres éléments importants sont 1) la couleur rouge, qui ne manque jamais, et qui frappe d'autant plus qu'elle

ne s'observe pas dans les langues lisses banales de nos pays :  
2) l'existence de traînées blanches cicatricielles, dont la pathogénie peut être discutée, mais qui sont aussi lisses et vernissées que les autres parties de la muqueuse et qui ne sont pas saillantes.

\*  
\*\*

M. Paul CHEVALLIER s'est demandé si, dans la cause de cette glossite, le tréponème est seul en jeu.

Elle ne s'observe en effet que chez de très vieux syphilitiques. Notre maître l'a toujours vue associée à des troubles organiques, tels que l'obésité monstrueuse, le diabète, l'artériosclérose, etc.

Il se demande si elle ne dépend pas de l'association d'un processus syphilitique et d'un processus dyscrasique analogue à celui des anémies et métanémies.

En raison de cette hypothèse, il a essayé de traiter deux cas de ces glossites (qui, comme on le sait, résistent aux médicaments anti-syphilitiques) par des produits antianémiques et vitaminiques à fortes doses. Malheureusement les malades, qui ne souffraient pas et vivaient en paix avec leur vieille syphilis, n'ont pas consenti à continuer suffisamment longtemps le traitement qui leur était prescrit. La question reste donc actuellement sans solution.

### CONCLUSIONS.

- 1° La glossite lisse, rasée, vernissée, glossite de Hunter, est due à une inflammation superficielle de la muqueuse qui fait disparaître les papilles. Le plus souvent pure, elle peut se compliquer de rougeurs inflammatoires, d'aphtes, de douleurs, etc.

- 2° Elle est toujours diffuse, mais plus ou moins étendue. Elle s'associe généralement à des atrophies d'autres parties de la muqueuse digestive, en particulier de la muqueuse gastrique.
- 3° Son diagnostic est facile avec les désquamations ou les dépapillations localisées. La seule cause d'erreur pouvant être la glossite corticale en nappe syphilitique dans sa forme très étendue, il est possible que ce dernier syndrome soit dû à l'association d'un processus syphilitique et d'un processus dyscrasique.
- 4° La glossite lisse est une manifestation banale, et souvent révélatrice, des grandes anémies du type plas-tique, en particulier, mais non exclusivement, de la maladie de Biermer.
- 5° Les glossites lisses dites du dentier ou du vieillard n'existent pas.
- 6° La glossite peut exister sans anémie et être la manifestation d'une métanémie.
- 7° Elle n'est pas définitive; les papilles repoussent par un traitement convenable.
- 8° La guérison est obtenue par un traitement antianémique suffisamment fort et prolongé. Le choix de l'antianémique varie suivant les cas: fer, foie, vitamines du groupe B, etc. S'il n'existe pas d'anémie bien caractérisée, le fer doit être essayé d'abord, à doses convenables.

Vu et permis d'imprimer:

Le Président de Thèse: . . .  
GOUGEROT.

Le Doyen:  
TIFFENEAU.

Le Recteur d'Académie:  
ROUSSY

## BIBLIOGRAPHIE.

---

- P. CHEVALLIER. — La muqueuse buccale dans les maladies du sang. VIII<sup>e</sup> Congrès français de Stomatologie. Paris 1934, p. 57-74.
- P. CHEVALLIER. — Les chloroses ou anémies hypochromes essentielles. *Pratique Médicale Française*. Octobre 1934.
- P. CHEVALLIER, F. MOUTIER, W. STEWART et A. LEVAUX. — Examen de l'estomac et cure de fer dans les glossites dorsales. *Soc. Franç. de Dermatologie et de Syphil.*, 8 nov. 1934, p. 1719.
- P. CHEVALLIER. — Les métanémies. *L'Europe Médicale*. Février 1937.
- P. CHEVALLIER. — Les anémies. *Le Journal Médical Français*. T. XXVI, n<sup>o</sup> 12, décembre 1937.
- FOURNIER. — *Traité de la Syphilis*. Tome II.
- S. GOLDRING. — Contribution à l'étude de la glossite médiane losangique. Th. Paris 1939. (Travail du service de M. Paul Chevallier).
- GOUGEROT. — Diagnostic des principales lésions de la langue. *Rev. Gén. de Clin. et de Thérap.* Octobre 1932.
- R. LEHMANN. — Les atrophies gastriques dans les anémies et les métanémies. Th. Paris 1936. (Travail du service de M. Paul Chevallier).
- R. SCHNEIDER. — L'estomac dans la maladie de Biermer. Th. Paris 1938. (Travail du service de M. Paul Chevallier).
- W. STEWART. — Anémie hypochrome achylique essentielle. Manifestations cutanées et muqueuses. Th. Paris 1937. (Travail du service de M. Paul Chevallier).
- Von MICKULICZ-RADEZKY et W. KUMMEL. — *Die Krankheiten des Mundes*. 2<sup>e</sup> édit. 1909.
-



## TABLE DES MATIERES.

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. — Description de la langue lisse .....                                                                            | 9  |
| 1. La langue parfaitement lisse .....                                                                                | 9  |
| Signes physiques .....                                                                                               | 9  |
| Signes fonctionnels .....                                                                                            | 10 |
| Anatomie pathologique .....                                                                                          | 11 |
| Complications .....                                                                                                  | 12 |
| 2. Les formes atténuées de la langue lisse .....                                                                     | 14 |
| 3. L'évolution de la langue lisse .....                                                                              | 15 |
| La constitution .....                                                                                                | 15 |
| La période d'état .....                                                                                              | 16 |
| La repousse et la guérison .....                                                                                     | 17 |
| II. — Diagnostic de la langue lisse .....                                                                            | 18 |
| 1. Les langues qui à la vue paraissent un peu lisses<br>et qui au toucher sont bien veloutées .....                  | 18 |
| 2) Les langues dépouillées .....                                                                                     | 18 |
| 3. Les langues à plages lisses .....                                                                                 | 19 |
| 4. Les glossodynies et les paréthésies linguales ..                                                                  | 20 |
| III. — Les atrophies digestives associées à la langue lisse polie                                                    | 21 |
| 1. La muqueuse buccale .....                                                                                         | 21 |
| 2. L'œsophage .....                                                                                                  | 22 |
| 3. L'estomac .....                                                                                                   | 22 |
| IV. — La langue lisse des anémies .....                                                                              | 25 |
| 1. L'anémie de Biermer .....                                                                                         | 25 |
| 2. La chlorose .....                                                                                                 | 27 |
| 3. L'anémie maligne intermédiaire .....                                                                              | 28 |
| 4. L'aleucie hémorragique de Frank .....                                                                             | 29 |
| 5. Les anémies de carences .....                                                                                     | 29 |
| 6. L'anémie achrestique de Wilkinson .....                                                                           | 29 |
| 7. Les anémies aiguës .....                                                                                          | 30 |
| 8. La sprue .....                                                                                                    | 30 |
| 9. Les cancers à forme anémique .....                                                                                | 30 |
| 10. Les anémies secondaires .....                                                                                    | 31 |
| Conclusions pratiques au sujet de la langue lisse dans les anémies                                                   | 31 |
| V. — La langue lisse chez les sujets non anémiques .....                                                             | 33 |
| 1. La glossite lisse du dentier .....                                                                                | 34 |
| 2. La glossite lisse du vieillard .....                                                                              | 36 |
| VI. — La conception des métanémies et de l'origine métané-<br>mique des langues lisses en apparence inexplicables .. | 37 |
| 1. La conception des métanémies .....                                                                                | 37 |
| 2. Démonstration de l'origine métanémique des<br>langues lisses «inexplicables» .....                                | 41 |
| VII. — Le problème des «glossites corticales en nappes» syphi-<br>litiques .....                                     | 45 |
| VIII. — Conclusions .....                                                                                            | 47 |
| IX. — Bibliographie .....                                                                                            | 49 |

